

Inhalt	Seite	
1	Gegenstand der Versicherung	1
2	Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers	1
3	Änderung des versicherten Risikos, Kündigung, Prämienhöhung bzw. Prämienminderung	2
4	Ausschlüsse	2
5	Nicht versicherbare Personen	3
6	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, Vertragsdauer, Verlängerung und Kündigung	3
7	Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen	4
8	Zahlung der Prämie, Rechtzeitigkeit und Fälligkeit	4
9	Leistungsarten und Leistungsumfang	4
10	Leistungsseinschränkung bei Krankheiten oder Gebrechen	6
11	Pflichten (Obliegenheiten) nach Eintritt eines Unfalles	6
12	Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit	7
13	Fälligkeit der Leistungen	7
14	Rechte und Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag	7
15	Verjährung	7
16	Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers	7
17	Rechtswahl und Gerichtsstand	8
18	Unwirksamkeit einer Klausel	8
19	Anzeigen und Willenserklärungen	8
20	Beschwerden bei Meinungsverschiedenheiten	9
 Zusatzbedingungen für die Luftfahrt Gruppenunfallversicherung		
1	Versicherungen ohne Namensangabe	9
2	Versicherungen mit Namensangabe	9
 Besondere Bedingungen		
1	Bodenunfallversicherung für Mitglieder von Luftsportvereinen	9
2	Bodenunfallversicherung für Zuschauer bei Luftfahrtveranstaltungen	9
3	Auf- und Abrüsten von Ballonen und/oder Heißluft-Luftschiffen	9
 Anhang		
	Erläuterungen zu Ziffer 2.1.4.: Ausschluss von Unfällen durch ABC-Waffen	10
	Erläuterungen zu Ziffer 2.1.5.: Ausschluss von Unfällen durch Terrorakte	10
	Erläuterungen zu Ziffer 6.2.3.: Betriebsübergang	10

1 Gegenstand der Versicherung

1.1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

1.2. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt

1.2.1 vom Besteigen bis zum Verlassen eines Luftfahrzeugs. Versichert sind auch Unfälle bei Zwischenlandungen während des Aufenthaltes auf Flughäfen oder Landeplätzen, ferner bei Notlandungen im unmittelbaren Bereich des Luftfahrzeugs,

1.2.2 bei der Benutzung von Luftsportgeräten vom Start bis zur Landung,

1.2.3 auch während einer erforderlichen Ersatzbeförderung für Fluggäste von Luftfahrtunternehmen. Der Versicherungsschutz wird durch ein vorübergehendes Verlassen des Ersatzfahrzeuges nicht unterbrochen, besteht jedoch nicht für Unfälle, wenn der Aufenthalt außerhalb des Fahrzeugs zu Zwecken benutzt wird, die nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Ersatzbeförderung stehen.

1.2.4 bei Luftfahrzeugführern und sonstigen Besatzungsmitgliedern auch Unfälle, die die versicherte Person erleidet in ursächlichem Zusammenhang mit dem Betrieb eines Luftfahrzeugs.

1.3. Die Leistungsarten, die im Einzelnen versichert werden können, ergeben sich aus Ziffer 9. Aus dem Versicherungsschein, seinen Nachträgen oder dem Antrag ist ersichtlich, welche Risiken und Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.

1.4. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet (Versicherungsfall). Unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe sind auch bei allmählicher Einwirkung mitversichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind jedoch Beruf- und Gewerbekrankheiten.

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühen zur Rettung von Menschenleben erleidet, gelten als unfreiwillig und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

- 1.5. Auf die
- Regelungen über die besonderen Vereinbarungen zu Auswirkungen von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 10.)
 - sowie die
 - Ausschlüsse (Ziffer 4.)

wird hingewiesen. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

2.1. Anzeigepflichten

Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung alle ihm bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Versicherer erheblich sind, in Textform vollständig und wahrheitsgemäß anzuzeigen. Diese Verpflichtung gilt auch für Fragen, die der Versicherer nach der Vertragserklärung durch den Versicherungsnehmer, jedoch vor der Vertragsannahme, stellt.

Gefahrerheblich sind alle Umstände, die geeignet sind, den Entschluss des Versicherers zu beeinflussen, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben dem Versicherungsnehmer für die vollständige und wahrheitsgemäße Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Die Fragen des Versicherers im Antrag oder Risikofragebogen sind von dem Versicherungsnehmer bzw. Makler, falls der Versicherungsnehmer von einem Makler betreut wird, nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten. Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten des Versicherungsnehmers oder einem Vertreter ohne Vertretungsmacht geschlossen und kennt dieser den gefahrer-

heblichen Umstand, muss der Versicherungsnehmer sich so behandeln lassen, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

2.2. Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung

Verletzt der Versicherungsnehmer eine Anzeigepflicht nach Ziffer 2.1., so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer jedoch das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände - wenn auch zu anderen Bedingungen - geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen

werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer von dem Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung, ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Dem Versicherer stehen die Rechte nach der Ziffer 2.2. Absatz 1 und 2 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

2.3. Erhöht sich in Folge einer Vertragsänderung nach Ziffer 2.2. Absatz 3 die Prämie um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen. Die Kündigung muss dem Versicherer in Schriftform zugehen.

2.4. Schriftform der Kündigung

Eine Kündigung nach dieser Vorschrift bedarf der Schriftform, gleich, ob die Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer erfolgt. Eine Kündigung per E-mail erfüllt die Schriftform nicht.

2.5. Im Falle des Rücktrittes gemäß Ziffer 2.2. nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer leistungsfrei, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Der Versicherer behält aber seinen Anspruch auf den Teil der Prämie, der der im Zeitpunkt des Rücktritts abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2.6. Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Falle der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil der Prämie zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

3 Änderung des versicherten Risikos, Kündigung, Prämienhöhung bzw. Prämienminderung

3.1. Grundlage für die Bemessung der Prämie sind das versicherte Risiko und Leistungen (siehe Versicherungsschein bei Vertragsschluss bzw. Änderungen per Nachtrag). Eine Änderung des versicherten Risikos (Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter) kann eine Gefahrerhöhung oder Gefahrminderung darstellen. Deshalb muss der Versicherungsnehmer dem Versicherer eine solche unverzüglich nach Änderung des versicherten Risikos in Textform (z. B. Brief, Fax, E-mail) anzeigen.

3.2. Sofern versehentlich die Änderung des versicherten Risikos nicht angezeigt wurde, hat dies keine Auswirkung auf die vereinbarten Versicherungssummen. Die Prämienänderung erfolgt nachträglich vom Zeitpunkt der Veränderung an. Der Versicherungsnehmer muss die Anzeige jedoch unverzüglich nachholen, sobald er sich des Versäumnisses bewusst geworden ist. Die gesetzlichen Regelungen zur Gefahrerhöhung und Gefahrminderung bleiben zugunsten des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten hiervon unberührt.

4 Ausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht

4.1. für Unfälle

4.1.1. der versicherten Person als Führer eines Luftfahrzeugs, wenn sie bei Eintritt des Unfalles nicht die vorgeschriebenen Erlaubnisse, erforderlichen Berechtigungen oder Befähigungsnachweise hat bzw. sich das Luftfahrzeug nicht in einem Zustand befunden hat, der den gesetzlichen Bestimmungen und behördlichen Auflagen über das Halten und den Betrieb von Luftfahrzeugen entsprochen hat und/oder behördliche Genehmigungen, soweit erforderlich, nicht erteilt waren.

4.1.2. durch Geistes- oder Bewusstseinstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter den Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

4.1.3. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder auszuführen versucht.

4.1.4. die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für Unfälle durch den Einsatz von ABC-Waffen (Erläuterungen im Anhang). Sie gilt ferner nicht im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

4.1.5. die unmittelbar oder mittelbar durch Terrorakte (Erläuterung im Anhang) verursacht sind.

Mitversichert sind Unfälle durch Terrorakte, die in einem ursächlichen Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg stehen und die außerhalb der Territorien der kriegführenden Parteien ausgeführt werden. Ausgeschlossen bleiben Unfälle durch den Einsatz von ABC-Waffen (Erläuterungen im Anhang).

4.1.6. die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

4.2. für folgende Beeinträchtigungen:

4.2.1. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen und/oder radioaktives Material.

4.2.2. Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

4.2.3. Gesundheitsschädigungen durch Asbest, asbesthaltige Substanzen oder Erzeugnisse. Der Ausschluss gilt nicht bei Unfällen, deren alleinige Ursache ein Feuer oder eine Explosion am oder im Luftfahrzeug war, durch Zusammenstoß, Absturz oder eine registrierte Notsituation während des Fluges, die einen ungewöhnlichen Flugzustand bewirkt.

4.2.4. Infektionen.

4.2.4.1. Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch Insektenstiche oder -bisse oder durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen.

4.2.4.2. Versicherungsschutz besteht jedoch für Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch solche Unfallverletzungen in den Körper gelangen, die nicht nach Ziffer 4.2.4.1. ausgeschlossen sind.

4.2.4.3. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 4.2.2. Satz 2. entsprechend.

4.2.4.4. Infektionen, die durch die Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstanden sind, sind mitversichert. Aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung muss jedoch hervorgehen, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung, mindestens jedoch der Durchtrennung der äußersten Schicht der Haut, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten gilt nicht als Einspritzen; Anhusten nur dann, wenn

durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

4.2.5. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Versicherungsschutz besteht, sofern es sich um eine versehentliche Einnahme eines für den menschlichen Verzehr nicht vorgesehenen festen oder flüssigen Stoffes handelt. Die Folgen von Lebensmittelvergiftungen gelten als mitversichert.

Tagegeld gemäß Ziffer 9.3. wird erst ab dem 15. Tag nach Beginn der ärztlichen Behandlung (bzw. ab einem späteren im Vertrag vereinbarten Zeitpunkt) und längstens bis zum 50. Tag ab einer solchen ärztlichen Behandlung bezahlt.

4.2.6. Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter den Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

4.2.7. Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter den Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.4. die überwiegende Ursache ist.

4.2.8. krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

5 Nicht versicherbare Personen

5.1. Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sowie Geisteskranke.

5.2. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 5.1. nicht mehr versicherbar ist.

5.3. Die für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Prämie wird zurückgezahlt.

6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, Vertragsdauer, Verlängerung und Kündigung

6.1. Sofern kein anderer Zeitpunkt vereinbart ist, beginnt der Versicherungsschutz mit Abschluss des Versicherungsvertrages. Der Versicherungsschutz beginnt nur dann zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig im Sinne von Ziffer 8.1.1. zahlt.

6.2. Die vereinbarte Vertragsdauer ist im Versicherungsschein angegeben. Der Versicherungsvertrag endet,

6.2.1. falls der Vertrag für einen kürzeren Zeitraum als ein Jahr abgeschlossen wurde, zum vereinbarten Ablauf,

6.2.2. falls eine Vertragsdauer von einem Jahr vereinbart wurde, zum Ablauf der vereinbarten Dauer, wenn der Vertrag beim Vertragspartner gekündigt wird. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; anderenfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr.

6.2.3. wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebes (siehe auch Erläuterungen im Anhang).

6.2.4. wenn der Versicherungsvertrag nach dem Eintritt des Versicherungsfalls gekündigt wird. Jeder Vertragspartner kann das Versicherungsverhältnis kündigen. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils schriftlich zugegangen sein.

Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung mit Zugang wirksam. Er kann jedoch bestimmen, dass seine Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird. Kündigt der Versicherungsnehmer für einen früheren Zeitpunkt als den Schluss dieser Versicherungsperiode, steht dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode zu. Kündigt der Versicherer, wird seine Kündigung einen Monat nach Zugang bei dem Versicherungsnehmer wirksam.

6.2.5. wenn der Versicherer anstatt den gesamten Versicherungsvertrag zu kündigen den Versicherungsschutz einer einzelnen versicherten Person durch Mitteilung gegenüber dem Versicherungsnehmer beendet, wenn er nach einem Unfall eine Leistung für die versicherte Person dem Versicherungsnehmer gegenüber erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Der Versicherungsschutz für die jeweilige versicherte Person erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.

6.3. Schriftform der Kündigung/Beendigung des Versicherungsschutzes

Eine Kündigung des Vertrages bzw. Beendigung des Versicherungsschutzes einer einzelnen versicherten Person nach dieser Vorschrift bedarf der Schriftform, gleich, ob die Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer erfolgt. Eine Kündigung per E-mail erfüllt die Schriftform nicht.

6.4. Der Versicherungsschutz endet zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, soweit es sich nicht um Sitzplatz-Unfallversicherungen von Fluggästen handelt. Wünscht der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz der namentlichen Luftfahrzeugführer-Unfallversicherung über diesen Zeitpunkt fortzusetzen, muss er den Versicherer spätestens 3 Monate zum Ende des Versicherungsjahres darüber in Textform (z.B. per Brief, Fax, E-mail) unterrichten. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats die zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der versicherten Person notwendigen Unterlagen und Infor-

mationen anzufordern und nach Erhalt der Unterlagen und Informationen innerhalb eines weiteren Monats darüber zu entscheiden, ob und mit welcher Prämie der Vertrag fortgeführt wird.

7 Ruhens des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsähnlichen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

8 Zahlung der Prämie, Rechtzeitigkeit und Fälligkeit

8.1. Prämienzahlung

8.1.1. Erstprämie oder einmalige Prämie, Fälligkeit

Die erste oder einmalige Prämie, zu der auch die im Antrag angegebenen Kosten und etwaige öffentliche Abgaben (z. B. Versicherungsteuer) gehören, wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Abschluss des Vertrages, jedoch nicht vor dem mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten Beginn der Versicherung fällig.

8.1.2. Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der Jahresprämie.

8.1.3. Folgeprämien, Fälligkeit

Die Folgeprämien sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Prämienzeitraums fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Prämienrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

8.2. Folgen verspäteter Zahlung

8.2.1. Erstprämie oder einmalige Prämie

Zahlt der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer kann sich auf seine Leistungsfreiheit nur berufen, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie hingewiesen hat.

Zahlt der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

8.2.2. Folgeprämien

Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.

Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer in Textform auffordern und eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen.

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 8.2.2 Absatz 3 darauf hingewiesen wurde.

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer

den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 8.2.2. Absatz 3 darauf hingewiesen hat.

der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats die angemahnte Prämie, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug ist. Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Prämienzahlung verlangen.

8.2.3. Zahlung bei Lastschriftermächtigung

Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und

der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Konnte die fällige Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

8.3. Vorzeitige Vertragsbeendigung

Wird der Vertrag vorzeitig beendet, steht dem Versicherer soweit das Gesetz nicht anderes bestimmt nur der Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Andere Bestimmungen gelten insbesondere, wenn der Versicherer wegen einer Verletzung der Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktritt oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfigt. In diesen Fällen kann der Versicherer die vereinbarte Prämie bis zum Zugang seiner Rücktritts- oder Anfechtungserklärung verlangen. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsschutz in diesen Fällen rückwirkend entfällt.

Tritt der Versicherer wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie vom Vertrag zurück, so kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

9 Leistungsarten und Leistungsumfang

9.1. Invaliditätsleistung

9.1.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund eines versicherten Unfalles auf Dauer beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt in Textform festgestellt und beim Versicherer in Textform (z.B. per Brief, Fax, E-mail) geltend gemacht worden.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfalles innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

9.1.2. Art und Höhe der Leistung:

9.1.2.1. Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalbetrag gezahlt.

9.1.2.2. Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die vereinbarte Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

9.1.2.3. Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes oder einer Hand	70 %
eines Daumens	25 %
eines Zeigefingers	15 %
eines anderen Fingers	10 %
eines Beines oder Fußes	70 %
einer großen Zehe	10 %
einer anderen Zehe	5 %
eines Auges	55 %
des Gehörs auf einem Ohr	35 %
des Geruchs	15 %
des Geschmacks	10 %

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

9.1.2.4. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

9.1.2.5. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 9.1.2.3. und 9.1.2.4. zu bemessen.

9.1.2.6. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

9.1.2.7. Führt ein Unfall nach diesen Bestimmungen und der Anwendung von Ziffer 10. zu einer Invalidität der versicherten Person von mindestens

70 Prozent vor Vollendung des 25. Lebensjahres,
80 Prozent vor Vollendung des 50. Lebensjahres,
90 Prozent vor Vollendung des 65. Lebensjahres,

wird die doppelte Invaliditätsleistung erbracht. Maßgeblich ist das Alter der versicherten Person bei Eintritt des Unfalles.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens EUR 200.000,- beschränkt.

Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Global Corporate & Specialty AG weitere Luftfahrt- Unfallversicherungen mit doppelter Invaliditätsleistung, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

9.1.2.8. Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall
oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leistet der Versicherer nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

9.2. Übergangsleistung

9.2.1. Voraussetzungen für die Leistung:

9.2.1.1. Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist aufgrund eines versicherten Unfalles

- nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um 100 % (Erste Stufe)
oder
- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um mindestens 50% (Zweite Stufe)

beeinträchtigt.

9.2.1.2. Diese Beeinträchtigungen haben innerhalb der angegebenen Zeiträume ununterbrochen bestanden.

9.2.1.3. Die Übergangsleistung ist in der ersten Stufe spätestens vier Monate und in der zweiten Stufe spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beim Versicherer geltend zu machen.

9.2.2. Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung der ersten Stufe wird in Höhe der Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme, die der zweiten Stufe in Höhe der vollen vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Eine Leistung für die erste Stufe wird angerechnet.

9.3. Tagegeld

9.3.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aufgrund eines versicherten Unfalles

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt
und
- in ärztlicher Behandlung.

9.3.2. Höhe und Dauer der Leistung

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt. Sofern eine Nachbehandlung nicht zu einem früheren Zeitpunkt möglich war, wird das Tagegeld auch nach Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, bezahlt. Der Zeitraum, für den Tagegeld bezahlt wird, beträgt jedoch maximal 365 Tage.

Geht die versicherte Person nach einem Unfall trotz Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ihrem Beruf oder ihrer Beschäftigung nach, so wird dies nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt. Die Bemessung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Befundes. Ist die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt worden, übernimmt der Versicherer für die Dauer der fortlaufenden ärztlichen Behandlung die notwendigen Arzthonorare und die ärztlich verordneten Arznei- und Verbandsmittel bis zur Höhe des für diese Zeit versicherten Tagegeldes, vorausgesetzt, dass die Behandlung mindestens in monatlichen Abständen stattgefunden hat. Diese Leistung erbringt der Versicherer für Behandlungen bis zu einem Jahr vom Unfalltag an gerechnet. Ein Ersatzanspruch besteht nur, soweit die versicherte Person nicht von ihrem Krankenversicherer Kostenerstattung verlangen kann.

9.4. Krankenhaustagegeld

9.4.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person befindet sich wegen eines versicherten Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

9.4.2. Höhe und Dauer der Leistung:

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

9.5. Todesfalleistung

9.5.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 10.5. wird hingewiesen.

9.5.2. Höhe der Leistung:

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

9.6. Zusatzleistungen

Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Global Corporate & Specialty AG weitere Luftfahrt- Unfallversicherungen, können die Zusatzleistungen jeweils nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Ohne zusätzliche Prämie erbringt der Versicherer folgende zusätzliche Leistungen:

9.6.1. Kosmetische Operationen

9.6.1.1. Voraussetzungen für die Leistung sind:

- Die versicherte Person hat sich nach einem versicherten Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.
- Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- Die kosmetische Operation ist innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall erfolgt, bei Unfällen von Minderjährigen spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

9.6.1.2. Art und Höhe der Leistung:

Die Höhe der Leistung ist insgesamt auf den im Versicherungsschein/in den Nachträgen genannten Betrag je versicherter Person/Platz für nachgewiesene

- Arzthonorare und Operationskosten,
- Kosten für Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus

begrenzt.

Der Versicherer erstattet keine Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

9.6.2. Bergungskosten

9.6.2.1. Art und Höhe der Leistung:

Der Versicherer ersetzt

- nach einem versicherten Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzt der Versicherer auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu erwarten war.
- die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik,
- den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu Ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
- bei einem versicherten Unfalltod die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Die Höhe der Leistung ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag je versicherter Person/-Platz begrenzt.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, ersetzt der Versicherer nur die restlichen Kosten.

9.7. Aufteilung der Leistungen gemäß Ziffer 9.1 bis 9.6.:

9.7.1. Sitzplatzunfallversicherung nach Pauschalssystem:

Werden in der Sitzplatzunfallversicherung die zu einer bestimmten Gruppe gehörenden Plätze eines Luftfahrzeugs pauschal versichert, ist jede unter die Versicherung fallende Person, die sich bei Eintritt des Unfalles im Luftfahrzeug befunden hat, mit dem sich aus der Anzahl der Personen ergebenden Teilbetrag der versicherten Pauschalsumme versichert.

9.7.2. Sitzplatzunfallversicherung nach Platzsystem:

Sind bei einem versicherten Unfall in einem Luftfahrzeug weniger Plätze versichert als Personen an Bord waren, werden die versicherten Leistungen anteilig auf die Personen verteilt.

10 Leistungseinschränkung bei Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein versichertes Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Fall einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, unterbleibt jedoch die Minderung.

11 Pflichten (Obliegenheiten) nach Eintritt eines Unfalles

11.1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und den Versicherer unterrichten.

11.2. Das von dem Versicherer übersandte Unfallschadenformular muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und unverzüglich zurücksenden; von dem Versicherer darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

11.3. Werden Ärzte von dem Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten, einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstauffalles, trägt der Versicherer.

Der Versicherer erstattet bei Selbständigen einen festen Betrag, sofern der Verdienstauffall nicht nachzuweisen ist. Dieser Betrag beläuft sich auf 1 o/oo der versicherten Invaliditätssumme, maximal jedoch EUR 150 ,--.

11.4. Die Ärzte, die die versicherte Person auch aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Sozialversicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

11.5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dem Versicherer dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn dem Versicherer der Unfall schon angezeigt war.

Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

11.6. Der Versicherer beruft sich nicht auf eine Obliegenheitsverletzung bei einer versehentlichen verspäteten Anzeige von Unfällen. Die nachträgliche Anzeige hat jedoch umgehend zu erfolgen. Ebenso liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei einer zunächst geringfügig erscheinenden Verletzung einen Arzt erst hinzuzieht, wenn deren wirklicher Umfang erkennbar wird.

12 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

12.1. Wird eine Obliegenheit verletzt, die gegenüber dem Versicherer vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen ist, so kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, fristlos kündigen. Der Versicherer hat jedoch kein Recht zur Kündigung, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

12.2. Wird eine Obliegenheit vorsätzlich verletzt, so ist der Versicherer leistungsfrei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen grober Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

Der Versicherer bleibt jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles, noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

13 Fälligkeit der Leistungen

13.1. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform (z. B. Brief, Fax, E-mail) zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer in voller Höhe. Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer mit Ausnahme der in Ziffer 11.3. genannten Kosten nicht.

13.2. Ist die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Leistung binnen zwei Wochen zu erfolgen.

13.3. Der Lauf der Fristen ist gehemmt, solange infolge Verschuldens des Versicherungsnehmers die Leistungshöhe nicht ermittelt oder nicht gezahlt werden kann.

Der Versicherer kann die Zahlung aufschieben,

- solange Zweifel an der Empfangsberechtigung des Versicherungsnehmers bestehen,
- wenn gegen den Versicherungsnehmer aus Anlass des Versicherungsfalles ein behördliches oder strafgerichtliches Verfahren aus Gründen eingeleitet worden ist, die auch für den Leistungsanspruch rechtserheblich sind, bis zum rechtskräftigen Abschluss dieses Verfahrens.

13.4. Der Versicherer kann vor Zahlung der Versicherungsleistung an den Versicherungsnehmer den Nachweis verlangen, dass der Versicherte seine Zustimmung dazu erteilt hat.

13.5. Sind die Erhebungen zum Umfang der Leistungen einen Monat nach Anzeige des Schadens noch nicht abgeschlossen, kann der Versicherungsnehmer als Abschlagszahlung den Betrag beanspruchen, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

13.6. Die Leistung ist nach Ablauf von zwei Wochen ab Fälligkeit zu verzinsen.

13.7. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss vom Versicherer zusammen mit seiner Erklärung über die Leistungspflicht nach Ziffer 13.1., vom Versicherungsnehmer spätestens 3 Monate vor Ablauf der Frist, ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

14 Rechte und Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag

14.1. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag im eigenen Namen für einen Anderen schließen (Versicherung für fremde Rechnung). Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht nur dem Versicherungsnehmer zu.

14.2. Der Versicherer kann vor Zahlung der Versicherungsleistung an den Versicherungsnehmer den Nachweis verlangen, dass der Versicherte seine Zustimmung dazu erteilt hat.

14.3. Soweit die Kenntnis oder das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, stehen dem auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten gleich.

Das bedeutet insbesondere, dass nicht nur der Versicherungsnehmer, sondern auch die versicherte Person zur Erfüllung von Obliegenheiten verpflichtet ist.

Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder es ihm nicht möglich oder zumutbar war, den Versicherungsnehmer rechtzeitig zu benachrichtigen.

Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es dagegen an, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten geschlossen und den Versicherer bei Abschluss des Vertrages nicht darüber informiert hat.

14.4. Einräumung und Widerruf eines Bezugsrechtes sind gegenüber dem Versicherer nur und erst dann wirksam, wenn sie dem Versicherer vom Versicherungsnehmer zu seinen Lebzeiten in Textform (z. B. per Brief, Fax, E-mail) angezeigt worden sind.

15 Verjährung

15.1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB) in drei Jahren. Die Verjährungsregelungen richten sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

15.2. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung des Anspruchs bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

16 Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

16.1. Die Annahmeerklärung kann innerhalb von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform (z.B. per Brief, Telefax oder E-mail) ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Frist beginnt, wenn dem Versicherungsnehmer auch die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, (ab dem 01.07.08 das Produktinformationsblatt) und das Hinweisblatt zugegangen sind. Zur Wahrung des Widerrufs genügt dessen rechtzeitige Absendung. Der Widerruf ist zu richten an:

Allianz Global Corporate & Specialty AG
Fritz-Schäffer-Str. 9
D-81737 München
Email: agcs.communication.germany@allianz.com
Fax 0049-89-3800-6631.

16.2. Bei fristgerechtem Widerruf wird der Teil der Prämie, der auf den versicherten Zeitraum nach Zugang des Widerrufs entfällt, dem Versicherungsnehmer erstattet. Den anderen Teil der Prämie kann der Versicherer einbehalten, wenn er den Versicherungsnehmer in der Belehrung auf das Widerrufsrecht einschließlich der Rechtsfolgen des Widerrufs und die zu zahlende Prämie hingewiesen hat und, sofern der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, der Versicherungsnehmer diesem Versicherungsbeginn zugestimmt hat. Hat der Versicherungsnehmer nicht zugestimmt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, wird die Prämie dem Versicherungsnehmer insgesamt erstattet.

16.3. Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer den Teil der Prämie, den der Versicherungsnehmer vom Versicherer zurückverlangen kann, unverzüglich, spätestens aber 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erstatten. Ist die Belehrung über das Bestehen oder die Rechtsfolgen des Widerrufs unterblieben, hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer zusätzlich die für das erste Jahr gezahlte Prämie zu erstatten; dies gilt nicht, wenn Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen wurden oder werden.

16.4. Das Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsvertrag von beiden Seiten auf den ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vollständig erfüllt wurde, bevor das Widerrufsrecht ausgeübt worden ist. Das Widerrufsrecht besteht ferner nicht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

17 Rechtswahl und Gerichtsstand

17.1. Der Vertrag unterliegt in allen seinen Teilen, auch hinsichtlich aller Fragen, die das Zustandekommen, seine Wirksamkeit oder Auslegung betreffen, deutschem Recht.

17.2. Örtlich zuständiges Gericht für Klagen des Versicherungsnehmers

Klagen aus dem Versicherungsvertrag kann der Versicherungsnehmer bei dem Gericht erheben, das für den Geschäftssitz des Versicherers oder für die den Versicherungsnehmer betreuende Niederlassung des Versicherers örtlich zuständig ist.

Für Klagen ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Diese Regelung gilt nicht für juristische Personen. Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

17.3 Örtlich zuständiges Gericht für Klagen des Versicherers

Der Versicherer kann Klagen gegen den Versicherungsnehmer ausschließlich bei dem Gericht erheben, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Für Klagen gegen juristische Personen bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Geschäftssitz oder Niederlassung. Sofern nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, kann der Versicherer Klagen auch dort erheben.

17.4. Unbekannter Wohn- oder Geschäftssitz des Versicherungsnehmers

Ist der Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder sein gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zustän-

digkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag nach dem Geschäftssitz des Versicherers oder nach dem Sitz der den Versicherungsnehmer betreuenden Niederlassung. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

17.5. Versicherungsfall im Ausland

Hat der Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland, und tritt ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland ein, so können Klagen in diesem Zusammenhang nur vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

18 Unwirksamkeit einer Klausel

18.1. Wenn eine Bestimmung in diesen Versicherungsbedingungen (Klausel)

- durch höchstrichterliche Entscheidung oder
- durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt

für unwirksam erklärt worden ist, ist der Versicherer berechtigt, die betroffene Klausel zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen, wenn die Voraussetzungen der folgenden Absätze vorliegen.

18.2. Eine Anpassung der Klausel kommt nur in Betracht für Klauseln über Gegenstand und Umfang der Versicherung, Ausschlüsse, Obliegenheiten nach Vertragsschluss, Prämienanpassung, Vertragsdauer und Kündigung.

18.3. Eine Anpassung der Klausel findet statt

- wenn keine gesetzliche Vorschrift eine Regelung zur Füllung einer durch Wegfall der Klausel entstandenen Lücke enthält oder
- wenn der Entfall der Klausel keine angemessene, den Interessen der Vertragspartner entsprechende Regelung darstellt.

18.4. Die unwirksame Klausel wird durch eine Regelung ersetzt, welche die Vertragspartner als angemessene und ihren typischen Interessen gerechte Lösung gewählt hätten, wenn ihnen die Unwirksamkeit der Klausel zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses bekannt gewesen wäre.

18.5. Unter den oben genannten Voraussetzungen hat der Versicherer eine Anpassungsbefugnis für vergleichbare Klauseln auch dann, wenn Klauseln anderer Versicherer durch gerichtliche oder behördliche Entscheidungen für unwirksam erklärt werden.

18.6. Die angepasste Klausel wird dem Versicherungsnehmer in Textform vom Versicherer bekannt gegeben und erläutert.

Sie gilt als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von sechs Wochen nach Bekanntgabe in Textform (z. B. per Brief, Fax) widerspricht (ein Widerspruch per E-mail erfüllt die Schriftform nicht). Hierauf wird der Versicherungsnehmer bei der Bekanntgabe ausdrücklich hingewiesen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Bei fristgemäßem Widerspruch, tritt die Bedingungsanpassung nicht in Kraft.

Der Versicherer kann innerhalb von sechs Wochen nach Zugang des Widerspruchs den Versicherungsvertrag mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende eines Monats schriftlich kündigen, wenn für den Versicherer das Festhalten an dem Vertrag ohne die Anpassung unzumutbar ist. Eine E-mail erfüllt die Schriftform nicht.

19 Anzeigen und Willenserklärungen

19.1. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform (z. B. per Brief, Fax, E-mail) abzugeben, sofern nicht etwas anderes bestimmt ist. Sie

sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden.

19.2. Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift oder seinen Namen geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

Falls als Anschrift die gewerbliche Niederlassung des Versicherungsnehmers angegeben ist, gilt bei Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Ziffer 19.1. entsprechend.

20 Beschwerden bei Meinungsverschiedenheiten

Bei Streitigkeiten besteht die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann für Versicherungen, Anschrift:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

durchzuführen.

Dieses Beschwerdeverfahren steht aber nur Verbrauchern zur Verfügung. Zudem darf der Beschwerdewert EUR 50.000,- nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer braucht die Entscheidung des Ombudsmanns, egal wie sie ausfällt, nicht zu akzeptieren. Ihm steht immer noch der Weg zu den Gerichten offen. Entscheidet der Ombudsmann zu Gunsten des Versicherungsnehmers, ist der Versicherer an diese Entscheidung gebunden, sofern der Beschwerdewert EUR 5.000,- nicht überschreitet.

Beschwerden können auch an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-mail:

poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de.

gerichtet werden.

Zusatzbedingungen für die Luftfahrt Gruppenunfallversicherung

Die Luftfahrt-Gruppenunfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1 Versicherung ohne Namensangabe

1.1. Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

1.2. Die zu versichernden Personen sind vom Versicherungsnehmer so zu bezeichnen, dass Zweifel an der Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

1.3. Die Anzahl der versicherten Personen ohne Namensangabe ist dem Versicherer vor Vertragsschluss mitzuteilen.

Bei Vertragsverlängerung muss der Versicherungsnehmer diese Meldung innerhalb eines Monats nach Beginn der neuen Vertragslaufzeit abgeben.

1.4. Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus der Gruppe ausscheidet.

2 Versicherung mit Namensangabe

2.1. Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

2.2. Nicht versicherte Personen können zur Versicherung angemeldet werden, wenn die gleichen Risikomerkmale wie die der bereits versicherten Personen vorliegen. Sie sind von der Absendung der Anmeldung an im gleichen Umfang versichert.

Versehentlich nicht oder verspätet angemeldete zu versichernde Personen, denen der Versicherungsnehmer arbeitsvertraglich Unfallversicherungsschutz zugesagt hat, haben Versicherungsschutz ab Beginn der arbeitsvertraglichen Verpflichtung. Ebenso hat die nicht korrekte Erfassung der versicherten Person beim Versicherungsnehmer keine nachteiligen Folgen für die versicherte Person; maßgebend sind immer die arbeitsvertraglich zugesagten Versicherungssummen. Für Personen, die verspätet gemeldet werden bzw. die nicht richtig erfasst wurden, ist die Prämie nachzuentrichten.

2.3. Personen mit anderen Risikomerkmale oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem der Versicherungsnehmer sich mit dem Versicherer über Versicherungssummen und Prämie geeinigt hat.

2.4. Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung der zur Versicherung gemeldeten Person nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnt er ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe der Erklärung des Versicherers.

2.5. Der Versicherungsschutz der versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem Arbeitsverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus der Vereinigung ausscheidet.

Besondere Bedingungen

1 Bodenufallversicherung für Mitglieder von Luftsportvereinen

1.1. Der Versicherungsschutz umfasst Bodenufälle innerhalb Europas, die dem versicherten Vereinsmitglied während der Teilnahme an satzungsgemäßen Vereinsveranstaltungen einschließlich der Teilnahme an öffentlichen Luftfahrtveranstaltungen zustoßen.

1.2. Der Versicherungsschutz gilt auch während der Fahrten mit Bodenverkehrsmitteln, die im Rahmen des Vereins unternommen werden. Ausgeschlossen sind Unfälle, die bei Verlängerung des Weges oder bei Unterbrechungen, die nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der im Rahmen des Vereins durchgeführten Reise stehen, eintreten.

2 Bodenufallversicherung für Zuschauer bei Luftfahrtveranstaltungen

2.1. Der Versicherungsschutz umfasst Bodenufälle, die Zuschauern während der Dauer einer Luftfahrtveranstaltung in Europa innerhalb der Grenzen des Veranstaltungsgeländes zustoßen. Als Zuschauer gelten alle Personen, die eine gültige Eintrittskarte besitzen.

2.2. In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch alle Personen, die im Auftrag des Versicherungsnehmers Tätigkeiten während der Veranstaltung ausüben.

2.3. Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle von Personen, die an Luftfahrtenveranstaltungen teilnehmen und sich in diesem Zusammenhang in der Luft befinden.

3 Auf- und Abrüsten von Ballonen und/oder Heißluft-Luftschiffen

Der Versicherungsschutz von Fahrgästen und Führern/Führeranwärtern von Ballonen und/oder Heißluft-Luftschiffen gilt auch für Unfälle, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Auf- und Abrüsten des Ballons und/oder Heißluft-Luftschiffes auf dem Start- und Landeplatz eintreten.

Anhang

Erläuterungen zu Ziffer 4.1.4.:

Ausschluss von Unfällen durch ABC-Waffen

1. ABC-Waffen sind atomare/nukleare, biologische und chemische Waffen.

1.1. Unter dem Begriff Einsatz von atomaren/nuklearen Waffen ist zu verstehen der Gebrauch von explosiven, atomaren/nuklearen Waffen oder Geräten oder die Absonderung, das Verströmen, das Verstreuen, die Freisetzung oder das Entweichen von spaltbarem Material, dessen Radioaktivität so hoch ist, dass sie zu einer Gesundheitsschädigung oder zum Tode führt.

1.2. Unter dem Begriff Einsatz von biologischen Waffen ist zu verstehen der Gebrauch von biologischen Waffen oder die Absonderung, das Verströmen, das Verstreuen, die Freisetzung oder das Entweichen von pathogenen (krankmachenden) Mikroorganismen und/oder biologisch hergestellten Toxinen (einschließlich genetisch veränderter Organismen und chemisch synthetisierter Toxine), die zu einer Gesundheitsschädigung oder zum Tode führen.

1.3. Unter dem Begriff Einsatz von chemischen Waffen ist zu verstehen der Gebrauch von chemischen Waffen oder die Absonderung, das Verströmen, das Verstreuen, die Freisetzung oder das Entweichen von festen, flüssigen oder gasförmigen chemischen Substanzen, die zu einer Gesundheitsschädigung oder zum Tode führen.

Erläuterungen zu Ziffer 4.1.5.:

Ausschluss von Unfällen durch Terrorakte

Terrorakte sind jegliche Handlungen von Personen oder Personengruppen zur Erreichung politischer, religiöser, ethnischer, ideologischer oder ähnlicher Ziele, die geeignet sind, Schrecken in der oder Teilen der Bevölkerung zu verbreiten und dadurch auf eine Regierung oder staatliche Einrichtung Einfluss zu nehmen.

Erläuterungen zu Ziffer 6.2.3.:

Betriebsübergang

1. Wird ein Betrieb an einen Erwerber veräußert, tritt dieser an die Stelle des Versicherungsnehmers in die während der Dauer seines Eigentums sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Rechte und Pflichten ein.

Dies gilt auch, wenn ein Betrieb aufgrund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrages oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen wird.

2. Das Versicherungsverhältnis kann in diesem Falle

- durch den Versicherer dem Erwerber gegenüber mit einer Frist von einem Monat,
- durch den Erwerber dem Versicherer gegenüber mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode

schriftlich gekündigt werden.

3. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn

- der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er vom Übergang auf den Erwerber Kenntnis erlangt,
- der Erwerber es nicht innerhalb eines Monats nach dem Übergang ausübt, wobei das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen bleibt, in dem der Dritte von der Versicherung Kenntnis erlangt.

4. Erfolgt der Übergang auf einen Erwerber während der laufenden Versicherungsperiode und wird das Versicherungsverhältnis nicht gekündigt, haften der bisherige Versicherungsnehmer und der Erwerber für die Versicherungsprämie dieser Periode als Gesamtschuldner. Im Falle der Kündigung haftet der Versicherungsnehmer allein für die Zahlung der Prämie.

5. Der Übergang eines Unternehmens ist dem Versicherer durch den bisherigen Versicherungsnehmer oder den Erwerber unverzüglich anzuzeigen.

Bei einer schuldhaften Verletzung der Anzeigepflicht besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, und der Versicherer den mit dem Veräußerer bestehenden Vertrag mit dem Erwerber nicht geschlossen hätte.

Der Versicherungsschutz lebt wieder auf und besteht für alle Versicherungsfälle, die frühestens einen Monat nach dem Zeitpunkt eintreten, in dem der Versicherer von der Veräußerung Kenntnis erlangt. Dies gilt nur, wenn der Versicherer in diesem Monat von seinem Kündigungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat. Der Versicherungsschutz fällt trotz Verletzung der Anzeigepflicht nicht weg, wenn dem Versicherer die Veräußerung zu dem Zeitpunkt bekannt war, in dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen.